

Zahnarztpraxis Dr. Birgit Wolf & Dr. Arlette Mittelsdorf

Nonnendammallee 84a, 13629 Berlin, Tel: 030 381 23 55, Fax: 030 381 35 44

Patient/in

Name: _____ Vorname: _____ Geb.: _____

Straße: _____ PLZ/Ort: _____

Telefon: _____ Krankenkasse: _____ Beruf: _____

Email: _____

Versicherte/r (wenn abweichend von Patient/in)

Name: _____ Vorname: _____ Geb.: _____

Straße: _____ PLZ/Ort: _____

Telefon: _____ Krankenkasse: _____ Beruf: _____

Welche Medikamente nehmen Sie regelmäßig ein?

Nehmen Sie blutverdünnende Medikamente? () ASS () Marcumar () Xarelto () Eliquis () sonstige

Nehmen Sie, bzw. haben Sie Medikamente (sog. **Bisphosphonate/Alendronsäure**) () ja () nein
gegen Knochenstoffwechselstörungen wie z.B. Osteoporose genommen?

Haben Sie Allergien? () ja () nein

Wenn ja, welche? _____

Besitzen Sie einen Herz-Pass? () ja () nein

Hatten Sie eine Herzoperation? () ja () nein

Wenn ja, welche und wann? _____

Sind Sie Tumorpatient? _____ () ja () nein

Leiden Sie an: Asthma? _____ () ja () nein

Epilepsie? _____ () ja () nein

Glaukomen? _____ () ja () nein

zu niedrigen Blutdruck? _____ () ja () nein

zu hohen Blutdruck? _____ () ja () nein

HIV (Aids)? _____ () ja () nein

Hepatitis? _____ () ja () nein

Diabetes? _____ () ja () nein

Schilddrüsenerkrankung? _____ () ja () nein

Rheuma? _____ () ja () nein

sonstige Erkrankung? _____ () ja () nein

Besitzen Sie einen **Schwerbehinderten-Ausweis**? _____ () ja () nein

Besitzen Sie eine **Pflegestufe**? _____ () ja () nein

Besteht eine **Schwangerschaft**? () ja () nein Wenn ja, welcher Monat? _____

Möchten Sie an Ihre regelmäßigen Kontrolluntersuchungen erinnert werden? () ja () nein

Wie sind Sie auf uns aufmerksam geworden? _____

Ich bestätige die Richtigkeit der obigen Angaben. Des Weiteren, erkläre ich mich damit einverstanden, dass bei verschuldeter nicht rechtzeitiger Absage (24Std. vorher) von eigens für mich reservierte Termine, ein Ausfallhonorar von 35,-€ pro 30 Minuten berechnet werden kann.

Datum: _____ Unterschrift: _____